



ADEP SANTÉ ENTREPRISE GAMME ANI/ANI PLUS

Garanties et exemples de remboursements par formule

Contrat responsable

Applicables en France Métropolitaine et DROM
CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES VS/SAN/PRO
À ADHÉSION OBLIGATOIRE

01/2024

 SANTÉ  OBSÈQUES  PRÉVOYANCE

PARTICULIERS & ENTREPRISES

Les prestations des différents niveaux ci-dessous comprennent, sauf mention contraire dans le tableau, celles versées par le Régime Obligatoire et ne peuvent en aucun cas excéder les frais réellement engagés. Elles s'appliquent lorsque l'Assuré respecte le parcours de soins coordonnés.

VOS GARANTIES FRAIS DE SOINS	RO* en % de la BR	ANI	ANI PLUS
1 - HOSPITALISATION (Médicale, chirurgicale, y compris maternité)			
Forfait hospitalier journalier (sans limite de durée), hors établissements medico-sociaux	Néant	100% du forfait en vigueur	
Franchise sur actes lourds	Néant	100% du forfait en vigueur	
Honoraires (hospitalisation, chirurgie, anesthésie, ambulatoires et soins externes) des Médecins (ou Praticiens) en fonction de la nature des soins - DPTAM*	80% ou 100% (1)	100% BR**	100% BR**
Honoraires (hospitalisation, chirurgie, anesthésie, ambulatoires et soins externes) des Médecins (ou Praticiens) en fonction de la nature des soins - horsDPTAM*	80% ou 100% (1)	100% BR**	100% BR**
Frais de séjour, hébergement et ambulatoire (établissement conventionné ou non, hors établissements médico-sociaux, plafonné au ticket modérateur pour les maisons de repos)	80% ou 100% (1)	Frais Réels	
Chambre particulière, y compris maternité et maison de repos (Limité à 45 jours par an en service psychiatrique et neuropsychiatrique)	Néant	-	60€/jour avec un maximum de 90jrs/an
Lit accompagnant enfant moins de 14 ans	Néant	-	30 €/nuit maxi 12 jours
Transport de malades (ambulances, SAMU, SMUR, etc...) pris en charge par le RO*	65%	100% BR**	100% BR**
2 - SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux: consultation, visite, actes techniques médicaux (dont chirurgie) Médecin ou Spécialiste DPTAM*	70%	100% BR**	100% BR**
Honoraires médicaux: consultation, visite, actes techniques médicaux (dont chirurgie) Médecin ou Spécialiste non DPTAM*	70%	100% BR**	100% BR**
Honoraires paramédicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	60%	100% BR**	100% BR**
Analyse et examens de laboratoire	60%	100% BR**	100% BR**
Imagerie - Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie - Médecins (ou Praticiens) DPTAM*	70%	100% BR**	100% BR**
Imagerie - Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie . Médecins (ou Praticiens) non DPTAM*	70%	100% BR**	100% BR**
Médicaments et homéopathie prescrits et pris en charge par le RO*	Entre 15% et 65%	100% uniquement pour les médicaments remboursés à 65%	100% de la BR
Matériel médical (fauteuil roulant,...) et prothèses (autres que dentaires et auditives) médicales orthopédiques, mammaires et capillaires	60% ou 100% (1)	100% BR**	100% BR**
3 - OPTIQUE - Les forfaits sont exprimés en Euros et s'entendent participation du RO(*) et Ticket Modérateur inclus			
Limité à un équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans, ou tous les ans pour les moins de 16 ans ou en cas de modification de la vue, à compter de la dernière acquisition, dans les conditions fixées dans votre Notice d'information (2)			
Equipements optiques "100% Santé" - Classe A (3) - y compris suppléments	60%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (3)	
Forfait équipement avec 2 verres simples - dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	100 €	150 €
Forfait équipement avec 1 verre simple et un verre complexe - dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	150 €	200 €
Forfait équipement avec 2 verres complexes - dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	150 €	200 €
Forfait équipement avec 1 verre simple et un verre très complexe - dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	200 €	250 €
Forfait équipement avec 1 verre complexe et un verre très complexe - dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	200 €	250 €
Forfait équipement avec 2 verres très complexes - dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	200 €	250 €
Lentilles remboursées par le RO*	60%	100% BR**	100% BR**
Forfait chirurgie réfractive des yeux par œil et par an***	Néant	50 €	50 €

VOS GARANTIES FRAIS DE SOINS	RO* en % de la BR	ANI	ANI PLUS
4 - DENTAIRE			
- Soins et prothèses 100% santé - faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge (4)	70%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des honoraires limites de facturation (4)	
Soins dentaires remboursés par le RO (La prise en charge des frais en secteur non conventionné est calculée sur la base de remboursement reconstituée du secteur conventionné).	70%	100% BR**	100% BR**
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire plafonnées et le cas échéant, à hauteur des honoraires limites de facturation (5)	70%	125% BR**	200% BR**
Orthodontie remboursée par le RO*	70% ou 100% (1)	125% BR**	125% BR**
5 - AIDES AUDITIVES			
Remboursement limité à une aide auditive tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (7)			
Aides auditives 100% santé (classe I) - à compter du 1er janvier 2021 (6)	60%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (6)	
Aides auditives classe II (6), plafonné à 1 700€ par aide auditive, Ticket modérateur et remboursement du RO* inclus	60%	100%	100%
Supplément pris en charge par le RO (dont suivi et piles)	60%	100%	100%
6 - CURE THERMALE prise en charge par le RO*			
Forfait surveillance médicale	70%	100%	100%
Forfait cure thermale	65%	100%	100%
7 - AUTRES PRESTATIONS			
Téléconsultation médicale à distance par l'intermédiaire de AXA Assistance	Néant	INCLUS	
8 - ACTES DE PREVENTION (arrêté du 8 juin 2006)			
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale			

* RO : régime obligatoire, FR : frais réels, DPTAM : dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

** BR : Base de remboursement

*** par an s'entend par année d'assurance à compter de la date d'adhésion au contrat

(1) selon la nature des soins ou prestations,

(2) A compter du 1^{er} janvier 2020, les fréquences de renouvellement d'un équipement optique ainsi que les montants maximums de remboursement respectent les conditions fixées dans le Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 3 décembre 2018.

(3) A compter du 1^{er} janvier 2020, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs d'optique médicale faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (équipements optiques de Classe A), seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixés par le Comité économique des produits de santé. Avant le 1^{er} janvier 2020, la prise en charge par la Mutuelle de votre équipement optique s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans la Notice d'information référencée 2024-01-NI-SANTE_ENTREPRISE et dans ce tableau de garanties en fonction du type de correction (« simple », « complexe », « très complexe »).

(4) A compter du 1^{er} janvier 2020, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les frais de soins dentaires prothétiques faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge tels que définis dans la Convention prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale seront intégralement remboursés à hauteur des honoraires limites de facturation. Avant le 1^{er} janvier 2020, la prise en charge par la Mutuelle des soins, prothèses et actes d'implantologie faisant l'objet d'une prise en charge par le R.O. s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans la Notice d'information référencée 2024-01-NI-SANTE_ENTREPRISE et dans ce tableau de garanties en fonction de l'acte réalisé.

(5) dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

(6) A compter du 1^{er} janvier 2021, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs médicaux d'aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (Classe I) seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixé par le Comité économique des produits de santé (avis du 28 novembre 2018). Avant le 1^{er} janvier 2021, la prise en charge par la Mutuelle des aides auditives s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans la Notice d'information référencée 2024-01-NI-SANTE_ENTREPRISE et dans ce tableau de garanties.

(7) Les fréquences de renouvellement d'une aide auditive ainsi que le montant maximum de remboursement sont fixés par le Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 14 novembre 2018. «Tous les pourcentages indiqués dans le tableau correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire. Conformément à la réforme de l'Assurance Maladie, les taux « Régime Obligatoire » mentionnés sont ceux en vigueur dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et, éventuellement, des dépassements d'honoraires des praticiens.

Le déboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que la participation forfaitaire fixée à ce jour, ainsi que la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale. Les taux « Régime Obligatoire » étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, ils sont donnés ici à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements : ils n'ont pas de valeur contractuelle. Le total des remboursements du régime de base et du régime complémentaire est limité aux frais réels engagés. Sauf mention contraire spécifiée dans le tableau, les niveaux de couverture indiqués incluent le Ticket Modérateur.»

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE	Prix moyen ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	FORMULE CHOISIE	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	ANI et ANI PLUS	20.00 €	0 €
Chambre Particulière	NC	Néant	Néant	ANI ANI PLUS	0.00 € 60.00 €	Variable selon tarif
Séjours avec actes lourds						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé						
Opération chirurgicale de la cataracte , en secteur privé dépassements maîtrisés						
Frais de séjour en secteur privé	745.54 €	745.54 €	721.54 €	ANI et ANI PLUS	24.00 €	0 €
Honoraires chirurgien (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	355.00 €	271.70 €	271.70 €	ANI et ANI PLUS	0.00 €	83.30 €
Opération chirurgicale de la cataracte , en secteur privé, secteur 2						
Frais de séjour en secteur privé	745.54 €	745.54 €	721.54 €	ANI et ANI PLUS	24.00 €	0 €
Honoraires chirurgien (hors adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	447.00 €	271.70 €	271.70 €	ANI et ANI PLUS	0.00 €	175.30 €
Suivi d'une pneumonie (sans acte lourd) pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public						
Frais de séjour en secteur public	3270.12 €	3270.12 €	2616.10 €	ANI et ANI PLUS	654.02 €	0 €

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE	Prix moyen ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	FORMULE CHOISIE	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
---------------------------------------	--------------------------------	---	---	-----------------	--	----------------

SOINS COURANTS

Honoraires médecins secteur 1 => tarif de convention

Ex : consultation médecin traitant généraliste, patient de plus de 18 ans	25.00 €	25.00 €	15.50 €	ANI et ANI PLUS	7.50 €	2.00 €
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	32.00 €	32.00 €	22.40 €	ANI et ANI PLUS	9.60 €	0.00 €
Ex : consultation spécialiste pour un patient de plus de 18 ans*	30.00 €	30.00 €	19.00 €	ANI et ANI PLUS	9.00 €	2.00 €

Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO => dépassements maîtrisés

Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	32.00 €	32.00 €	22.40 €	ANI et ANI PLUS	9.60 €	0.00 €
Ex : consultation spécialiste pour un patient de plus de 18 ans*	44.00 €	30.00 €	19.00 €	ANI et ANI PLUS	9.00 €	16.00 €

Honoraires médecins Secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO) => honoraires libres

Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	55.00 €	23.00 €	16.10 €	ANI ANI PLUS	6.90 € 6.90 €	32.00 € 32.00 €
Ex : consultation spécialiste pour un patient de plus de 18 ans*	57.00 €	23.00 €	15.10 €	ANI ANI PLUS	6.90 € 6.90 €	35.00 € 35.00 €

*Gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...

Matériel médical

Ex : achat d'une paire de béquilles	25.80 €	24.40 €	14.64 €	ANI ANI PLUS	9.76 € 9.76 €	1.40 € 1.40 €
-------------------------------------	---------	---------	---------	-----------------	------------------	------------------

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE	Prix moyen ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	FORMULE CHOISIE	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE						
Soins et Prothèses 100% => Honoraire limite de facturation (HLF)						
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisive, canines et 1 ^{eres} prémolaires	500.00 €	120.00 €	72.00 €	ANI et ANI PLUS	428.00 €	0.00 €
Soins (hors 100% santé) => Tarifs de convention						
Ex : détartrage	43.38 €	43.38 €	26.03 €	ANI et ANI PLUS	17.35 €	0.00 €
Prothèses (hors 100% santé) => Prix moyen national						
Ex : couronne céramo-métallique sur molaire	537.48 €	120.00 €	72.00 €	ANI ANI PLUS	78.00 € 168.00 €	387.48 € 297.48 €
Orthodontie (moins de 16 ans) => Prix moyen national						
Ex : traitement par semestre (6 max)	720.00 €	193.50 €	193.50 €	ANI et ANI PLUS	48.38 €	478.12 €
OPTIQUE						
Equiptement 100% santé => Prix Limite de vente (PLV)						
Ex : Verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (la monture)	12.75 € (par verre) + 9 € (la monture)	7.65 € (par verre) + 5.40 € (la monture)	ANI et ANI PLUS	33.35 € (par verre) + 24.60 €	0.00 €
Ex : Verres progressifs et monture (verres complexes)	90 € (par verre) + 30 € (la monture)	27.00 € (par verre) + 9 € (la monture)	16.20 € (par verre) + 5.40 € (la monture)	ANI et ANI PLUS	73.80 € (par verre) + 24.60 €	0.00 €
Equiptement hors 100% santé => Prix moyen national						
Ex : Verres simples et monture	100 € (par verre) + 139 € (la monture)	0.05 € (par verre) + 0.05 € (la monture)	0.03 € (par verre) + 0.03 € (la monture)	ANI ANI PLUS	99.91 € 149.91 €	239.00 € 189.00 €
Ex : Verres progressifs et monture (verres complexes)	231 € (par verre) + 139 € (la monture)	0.05 € (par verre) + 0.05 € (la monture)	0.03 € (par verre) + 0.03 € (la monture)	ANI ANI PLUS	149.91 € 199.91 €	451.00 € 401.00 €

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE

Prix moyen ou tarif réglementé

Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)3

Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)

FORMULE CHOISIE

Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)

Reste à charge

OPTIQUE (suite)

Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	FORMULE CHOISIE	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Forfait Annuel	NC (non connu)	Non Remboursé	Non Remboursé	ANI ANI PLUS	Prise en charge prévue au contrat 0.00 € 0.00 €	Reste à charge selon dépense
Chirurgie Réfractive	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	FORMULE CHOISIE	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Opération corrective de la myopie	NC (non connu)	Non Remboursé	Non Remboursé	ANI ANI PLUS	Prise en charge prévue au contrat par oeil 50.00 € 50.00 €	Reste à charge selon dépense

AIDES AUDITIVES

Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% du BR	FORMULE CHOISIE	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	ANI et ANI PLUS	40% BR + dépassement dans la limite des PLV 710.00 € <i>plafonné à 1700 € par oreille</i>	Reste à charge 0.00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% du BR	FORMULE CHOISIE	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1476 €	400 €	240 €	ANI ANI PLUS	40% BR + dépassement dans la limite des PLV 160.00 € 160.00 €	Reste à charge 1076.00 € 1076.00 €



Assurément proche !

ADEP est le spécialiste des assurances de personnes, auprès des particuliers et des entreprises, depuis plus de 30 ans en Guadeloupe, Martinique, Saint Martin, Guyane, Réunion, Mayotte et en métropole.

Vous **écouter**, **comprendre** vos besoins, vous **conseiller**, vous **simplifier** l'assurance et vous **accompagner**, sont les priorités quotidiennes de l'ensemble des collaborateurs ADEP.

Nous mettons tout en œuvre pour vous apporter la tranquillité grâce à notre réseau de proximité et notre qualité de service reconnu.

Notre objectif : être proche de vous, bien vous protéger... **vous satisfaire.**

33 agences proches de vous !



ADEP Guadeloupe Siège social

11 Immeuble WEST SIDE
Rue Ferdinand Forest Prolongée - ZI Jarry
97122 BAIE MAHAULT
0590 38 00 22



ADEP Martinique

ZAC de Dillon - RD 13
Immeuble ADEP
97200 FORT DE FRANCE
0596 61 71 00



ADEP Guyane

1 place Victor Schoelcher
97300 CAYENNE
0594 25 00 25



ADEP Réunion

6 rue Terrain l'Avion
L'Eperon
97435 SAINT PAUL
0262 34 90 90



ADEP Mayotte

17 Place Mariage
97600 MAMOUDZOU
0269 60 24 88



ADEP Paris

3 Rue Beudant
75017 PARIS
0143 70 22 77

■ SANTÉ ■ OBSÈQUES ■ PRÉVOYANCE

PARTICULIERS & ENTREPRISES